Certificación de Contratos

Cuentas de Cobro

Cargar Documentos

Formulario Proveedor

## ¡Información Importante!

Recuerde verificar cada uno de los datos suministrados en este formulario, la información será verificada y auditada por el Grupo de Trabajo Contratación de la Oficina Jurídica y Control Disciplinario. **El tamaño maximo del de la foto es de 3MB, en caso de que sea mayor el formulario enviará un error.**

0%

# Datos Personales

| Tipo de Documento: | No. de Documento | Expedida en | Fecha de Expedición: | Registro de Formulario |
|---|---|---|---|---|
| C.C. | 57430309 | SANTA MARTA | 1989/03/30 | 15/07/2025, 1 |

| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | Foto | Ver foto |
|---|---|---|---|---|---|
| PASO | VILLALOBOS | GLADYS | ESTER | Seleccionar arc |  |

| Sexo | Estado Civil | RH | Nacionalidad | Otra |
|---|---|---|---|---|
| Mujer | Soltero(a) | B+ | Colombiano | |

| Fecha de Nacimiento: | Departamento de Nacimiento | Municipio de Nacimiento |
|---|---|---|
| 1967/10/01 | MAGDALENA | 877 |

| Dirección de Residencia | Departamento de Residencia | Municipio de Residencia |
|---|---|---|
| CARRERA 21 # 9-73 | MAGDALENA | 877 |

| Teléfono | Celular | Correo Electrónico |
|---|---|---|
| 3113789080 | 3113789080 | pasovillalobosgladysester@gmail.cc |

# Formación Academica (Estudios Primaria)

| Ciudad Estudios (Primaria): | Institución Estudios (Primaria): |
|---|---|
| EL DIFICIL MAGDALENA | ESCUELA URBANA DE SEÑORITA |

# Formación Academica (Estudios Secundaria)

| Ciudad Estudios (Secundaria): | Institución Estudios (Secundaria): |
|---|---|
| SANTA MARTA MAGDALENA | LICEO DEL NORTE |

# Formación Academica (Tecnica - Tecnologo - Pregrado)

| Tipo de Educación: | Título Obtenido: | Institución: | Año de Graduación: |
|---|---|---|---|
| Técnica | AUX. DE ENFERMERIA | INSALUD | 2006 |

# Formación Academica (Estudios Postgrado)

| Ciudad Estudios (Postgrado): | Institución Estudios (Postgrado): | Titulo Obtenido (Postgrado): |
|---|---|---|
| | | |

# Experiencia Laboral

Actividades realizadas:

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA

| Nombre de Empresa donde prestó sus servicios: | Cargo o perfil: | Fecha de Inicio: | Fecha de Fin: |
|---|---|---|---|
| HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ B. | AUX. DE ENFERMERIA | 2024/01/01 | 2024/12/31 |

# Referencias Familiares

| Referencia Personal 1: | Teléfono Referencia 1: | Parentesco: |
|---|---|---|
| ELIZABETH PASO VILLALOBOS | 3145476080 | Hermano (a) |
| **Referencia Personal 2:** | **Teléfono Referencia 2:** | **Parentesco:** |
| ALFONSO NUÑEZ TAPIA | 3006676622 | Conyuge |

# Redes Sociales

| Instagram: | Facebook: | X: | TikTok: |
|---|---|---|---|
| | | | |

# Afiliación al Sistema de Seguridad Social

| EPS | AFP | ARL |
|---|---|---|
| EPS Salud Total | Porvenir | Positiva |

☐ Acepto los términos y condiciones de la Política de Tratamiento de Datos Personales y declaro haber leído, entendido, aceptado y autorizado lo estipulado en este formulario, la información suministrada es exacta y correcta.

☐ EL PROVEEDOR se obliga con el HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE E.S.E. a entregar información veraz y verificable y a actualizar su información personal, comercial y financiera, por lo menos una (1) vez al año, o cada vez que así lo solicite, suministrando la totalidad de los soportes documentales exigidos. El incumplimiento de esta obligación, faculta al HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE E.S.E. para terminar de manera inmediata y unilateral cualquier tipo de relación contractual o comercial que tenga.

Actualizar Proveedor

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2025.